

薬効・薬価リスト平成28年版 追補
(平成28年11月17日告示・18日適用)

内 用 薬

先	アイクルシグ錠 15mg (大塚製薬)	15mg1錠劇 6,318.30 4291048F1020/622483401
---	------------------------	--

4291 抗悪性腫瘍剤 ポナチニブ塩酸塩
適応 前治療薬に抵抗性又は不耐容の慢性骨髄性白血病。再発又は難治性のフィラデルフィア染色体陽性急性リンパ性白血病。
用法 1日1回45mg,経口投与。状態により適宜減量。
禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠している可能性の女性
 (薬価基準収載日:平28.11.18,投与:14日まで)

先	イニシク配合錠 (武田)	1錠劇 174.20 3969105F1023/622517101
---	-----------------	--------------------------------------

3969J 2型糖尿病治療剤 アログリプチン安息香酸塩・メトホルミン塩酸塩配合剤
適応 2型糖尿病(アログリプチン安息香酸塩及びメトホルミン塩酸塩の併用による治療が適切と判断される場合に限る)。
 注)本剤は2型糖尿病治療の第一選択薬としての使用不可。
用法 1日1回1錠,食直前又は食後経口投与。
禁忌 ①次に示す状態の者:1)乳酸アシドーシスの既往2)中等度以上の腎機能障害3)透析患者(腹膜透析を含む)4)重度の肝機能障害5)ショック,心不全,心筋梗塞,肺塞栓等心血管系,肺機能に高度の障害のある者,その他の低酸素血症を伴いやすい状態6)過度のアルコール摂取者7)脱水症,脱水状態が懸念される下痢,嘔吐等の胃腸障害②重症ケトosis,糖尿病性昏睡・前昏睡,1型糖尿病③重症感染症,手術前後,重篤な外傷のある者④栄養不良状態,飢餓状態,衰弱状態,脳下垂体機能不全,副腎機能不全⑤妊婦・妊娠している可能性の婦人⑥本剤(各成分)・ビグアナイド系薬剤に過敏症の既往歴
 (薬価基準収載日:平28.11.18,投与:14日まで)

先	ウブトラビ錠 0.2mg (日本新薬)	0.2mg1錠 1,407.90 2190037F1020/622516101
先	” 錠 0.4mg	0.4mg1錠 2,815.80 2190037F2027/622516201

2190i 選択的PGI₂受容体作動薬 セレキシナグ
適応 肺動脈性肺高血圧症。
用法 1回0.2mg,1日2回食後経口投与から開始。忍容性をみながら7日以上の間隔で1回0.2mgずつ最大耐用量まで増量し,維持量決定。最高量は1回1.6mg。いずれの用量も1日2回食後経口投与。
 注)中等度の肝障害患者:1日1回に減量して開始。
禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②重度の肝障害③肺静脈閉塞性疾患を有する肺高血圧症
 (薬価基準収載日:平28.11.18,投与:14日まで)

先	エビリファイ錠 1mg (大塚製薬)	1mg1錠劇 31.30 1179045F8028/622514601
---	-----------------------	--

1179i 抗精神病剤 アリピプラゾール
適応 統合失調症。双極性障害における躁症状の改善。うつ病・うつ状態(既存治療で十分な効果が認められない場合に限る)。小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性。
 注)小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性:原則として6~18歳未満の患者に使用。
用法 統合失調症 1日6~12mgを開始量,1日6~24mgを維持量とし,1~2回分割経口投与。1日量30mgまで。年齢・症状により適宜増減。双極性障害における躁症状の改善 1日1回12~24mg,経口投与。開始量は24mg。1日量30mgまで。年齢・症状により適宜増減。うつ病・うつ状態 1日1回3mg,経口投与。増量幅は1日3mg。1日量15mgまで。年齢・症状により適宜増減。小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性 1日1回,1mgを開始量,1~15mgを維持量とし経口投与。増量幅は1日最大3mg。1日量15mgまで。症状により適宜増減。
保険 本製剤は既収載品と有効成分が同一であり,今般錠剤である既収載品において小児における効能・効果及び用法・用量が追加されたことに伴い,当該用法・用量に必要となる製剤として承認された剤形追加医薬品であることから,新医薬品に係る14日間の投薬期間制限は適用されない(平28.11.17保医発1117第4号)。
禁忌 ①昏睡状態の者②バルビツール酸誘導体・麻酔剤等の中枢神経抑制剤の強い影響下にある者③アドレナリンを投与中④本剤(成分)に過敏症の既往歴 **併禁** アドレナリン(ポスミン)
 (薬価基準収載日:平28.11.18)

先	エレルサ錠 50mg (MSD)	50mg1錠 26,900.50 6250044F1029/622515901
---	---------------------	--

6250i 抗ウイルス剤 エルバスビル
適応 セログループ1(ジェノタイプ1)のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善。
 注)使用に際しHCV RNAが陽性であることを確認。
用法 グラゾプレビルと併用。1日1回50mg,経口投与。投与期間は12週間。
禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②次の薬剤を投与中:リファンピシン,カルバマゼピン,フェニトイン,ホスフェニトイン,フェノバルビタール,リファブチン,セイヨウオトギリソウ(St.John's Wort,セント・ジョーンズ・ワート)含有食品,エファピレンツ **併禁** ①リファンピシン(リファジン),カルバマゼピン(テグレートール),フェニトイン(アレビアチン),ホスフェニトイン(ホストイン),フェノバルビタール(フェノバル),リファブチン(ミコブティン),セイヨウオトギリソウ(St.John's Wort,セント・ジョーンズ・ワート含有食品)②エファピレンツ(ストックリン)
 (薬価基準収載日:平28.11.18,投与:14日まで)

先	カーバグル分散錠 200mg (ポーラファルマ)	200mg1錠 16,295.10 3999041X1026/622525901
---	-----------------------------	---

3999i 高アンモニア血症治療剤 カルグルミン酸
適応 次の疾患による高アンモニア血症/N-アセチルグルタミン酸合成酵素欠損症,イソ吉草酸血症,メチルマロン酸血症,プロピオン酸血症。
用法 1日100~250mg/kg,2~4回分割経口投与から開始。その後状態により適宜増減。用時水に分散して投与。
禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴
 (薬価基準収載日:平28.11.18,投与:14日まで)

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト平成28年版 追補
(平成28年11月17日告示・18日適用)

先	グラジナ錠 50mg (MSD)	50mg1錠 9,607.30 6250043F1024/622516001
---	---------------------	---

6250i 抗ウイルス剤 グラゾプレビル水和物

適応 セログループ1 (ジェノタイプ1) のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善。

注) 使用に際しHCV RNAが陽性であることを確認。

用法 エルバスビルと併用。1日1回100mg,経口投与。投与期間は12週間。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②中等度または重度(Child-Pugh分類BまたはC)の肝機能障害③次の薬剤を投与中: シクロスポリン,アタザナビル,ダルナビル,ロピナビル・リトナビル,サキナビル,カルバマゼピン,フェニトイン,ホスフェニトイン,フェノバルビタール,リファブチン,セイヨウオトギリソウ(St.John's Wort,セント・ジョーンズ・ワート)含有食品,エファビレンツ,リファンピシシ **併禁** ①シクロスポリン(サンディミュン,ネオール) ②アタザナビル(レイアタツ),ダルナビル(ブリジスタ),ロピナビル・リトナビル(カレトラ),サキナビル(インビラーゼ) ③カルバマゼピン(テグレート),フェニトイン(アレビアチン),ホスフェニトイン(ホストイン),フェノバルビタール(フェノバル),リファブチン(ミコプティン),セイヨウオトギリソウ(St.John's Wort,セント・ジョーンズ・ワート含有食品) ④エファビレンツ(ストックリン) ⑤リファンピシシ(リファジン)

(薬価基準収載日: 平 28.11.18, 投与: 14日まで)

先	ジャクスタピッド カプセル 5mg (AEGERION)	5mg1カプセル 劇 79,684.80 2189020M1023/622516701
先	" カプセル 10mg	10mg1カプセル 劇 91,128.00 2189020M2020/622516801
先	" カプセル 20mg	20mg1カプセル 劇 103,739.80 2189020M3026/622516901

2189i 高脂血症治療剤 ロミタピドメシル酸塩

適応 ホモ接合体家族性高コレステロール血症。

注) 他の経口脂質低下薬で効果不十分又は忍容性が不良な場合に投与の可否を検討。

用法 1日1回5mg,夕食後2時間以上あけて経口投与から開始。忍容性に問題がなく,効果不十分な場合は2週間以上間隔をあけて10mgに増量。さらに増量が必要な場合,4週間以上の間隔で忍容性をみながら段階的に20mg,40mgに増量可。

注) 軽度の肝機能障害患者・末期腎不全患者: 1日20mgまで。

保険 本剤の効能・効果は「ホモ接合体家族性高コレステロール血症」であることから,次のいずれかを診療報酬明細書の摘要欄に記載/①本疾患に係る特定医療費(指定難病)医療受給者証の交付を受けていること②本疾患の診断根拠(遺伝子解析,コレステロール値,重度の高コレステロール血症の徴候等)(平 28.11.17 保医発 1117 第4号)。

禁忌 ①妊婦・妊娠している可能性の婦人②中等度・重度の肝機能障害,血清中トランスアミナーゼ高値が持続している者③中程度または強いCYP3A阻害作用を有する薬剤を投与中④本剤(成分)に過敏症の既往歴 **併禁** ①強いCYP3A阻害剤(クラリスロマイシン(クラリス),インジナビル(クリキシバン),イトラコナゾール(イトリゾール),ネルフィナビル(ピラセプト),サキナビル(インビラーゼ),テラプレビル(テラビック),ボリコナゾール(ブイフェンド),リトナビル含有製剤(ノービア,カレトラ,ヴィキラックス),コピシスタット含有製剤(スタリビルド)) ②中程度のCYP3A阻害剤(アプレタント(イメンド),アタザナビル(レイアタツ),シプロフロキサシン(シプロキサン),クリゾチニブ(ザーコリ),ジルチアゼム(ヘルベッサ),エリスロマイシン(エリスロシン),フルコナゾール(ジフルカン),ホスアンブレナビル(レクシヴァ),イマチニブ(グリベック),ベラパミル(ワソラン),イストラデフィリン(ノウリアスト),ミコナゾール(フロリード),トフィニブ(グラダキシン))

(薬価基準収載日: 平 28.11.18, 投与: 14日まで)

先	ゼンタコートカプセル 3mg (ゼリア)	3mg1カプセル 256.90 2399016M1024/622526001
---	-------------------------	---

2399i クロウン病治療剤 プデソニド

適応 軽症から中等症の活動期クローン病。

用法 1日1回9mg,朝経口投与。

注) 開始8週間を目安に本剤の必要性を検討し,漫然と継続しない。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②有効な抗菌剤の存在しない感染症,深在性真菌症

(薬価基準収載日: 平 28.11.18, 投与: 14日まで)

先	デザレックス錠 5mg (MSD=杏林)	5mg1錠 69.40 4490032F1023/622514901
---	-------------------------	---------------------------------------

4490 持続性選択H1受容体拮抗・アレルギー性疾患治療剤 デスロラタジン

適応 アレルギー性鼻炎,蕁麻疹,皮膚疾患(湿疹・皮膚炎,皮膚そう痒症)に伴うそう痒。

用法 12歳以上の小児・成人1日1回5mg,経口投与。

禁忌 本剤(成分)・ロラタジンに過敏症の既往歴

(薬価基準収載日: 平 28.11.18, 投与: 14日まで)

先	ピラノア錠 20mg (大鵬薬品=MeijiSeika)	20mg1錠 79.70 4490033F1028/622516602
---	---------------------------------	--

4490 アレルギー性疾患治療剤 ピラスチン

適応 アレルギー性鼻炎,蕁麻疹,皮膚疾患(湿疹・皮膚炎,皮膚そう痒症)に伴うそう痒。

用法 1日1回20mg,空腹時経口投与。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日: 平 28.11.18, 投与: 14日まで)

先	ブリリント錠 60mg (アストラゼネカ)	60mg1錠 100.70 3399011F1027/622472201
先	" 錠 90mg	90mg1錠 141.40 3399011F2023/622472301

3399i 抗血小板剤 チカグレロル

適応 [60mg錠] 次のリスク因子を1つ以上有する陳旧性心筋梗塞のうち,アテローム血栓症の発現リスクが特に高い場合/65歳以上,薬物療法を必要とする糖尿病,2回以上の心筋梗塞の既往,血管造影で確認された多枝病変を有する冠動脈疾患,末期でない慢性の腎機能障害。[90mg錠] 経皮的冠動脈形成術(PCI)が適用される急性冠症候群(不安定狭心症,非ST上昇心筋梗塞,ST上昇心筋梗塞)(ただし,アスピリンを含む抗血小板剤2剤併用療法が適切である場合で,かつ,アスピリンと併用する他の抗血小板剤の投与が困難な場合に限り)。

用法 [60mg錠] 1回60mg,1日2回経口投与。[90mg錠] 初回量180mg,2回目以降の維持量1回90mg,1日2回経口投与。

注) アスピリン(維持量81~100mg/日)と併用。

禁忌 ①出血している者(頭蓋内出血,消化管出血,尿路出血,咯血,硝子体出血等),血友病②頭蓋内出血の既往歴③中等度・重度の肝障害④本剤(成分)に過敏症の既往歴⑤強いCYP3A阻害剤を投与中⑥強いCYP3A誘導剤を投与中 **併禁** ①強いCYP3A阻害剤(イトラコナゾール(イトリゾール),ボリコナゾール(ブイフェンド),クラリスロマイシン(クラリシッド),ネルフィナビル(ピラセプト),サキナビル(インビラーゼ),リトナビル(ノービア等),テラプレビル(テラビック),インジナビル(クリキシバン),コピシスタットを含む薬剤(スタリビルド等)) ②強いCYP3A誘導剤(リファンピシシ(リファジン),リファブチン(ミコプティン),カルバマゼピン(テグレート),フェノバルビタール(フェノバル等),フェニトイン(アレビアチン等),セイヨウオトギリソウ(St.John's Wort,セント・ジョーンズ・ワート)含有食品)

(薬価基準収載日: 平 28.11.18, 投与: 14日まで)

(※次頁に続く)

※「薬効・薬価リスト」追補の無断複製・転載を禁じます

薬効・薬価リスト平成28年版 追補
(平成28年11月17日告示・18日適用)

先ミカトリオ配合錠 1錠 劇 174.80
(日本ベーリンガー・インゲルヘルム) 2149122F1026/622516502

2149T 胆汁排泄型持続性 AT₁ 受容体ブロッカー/持続性 Ca 拮抗薬/利尿薬合剤 テルミサルタン・アムロジピンベシル酸塩・ヒドロクロロチアジド配合剤

適応 高血圧症。

用法 1日1回1錠,経口投与。本剤は高血圧治療の第一選択薬としての使用不可。

禁忌 ①本剤(成分),ジヒドロピリジン系化合物およびチアジド系薬剤またはその類似化合物(例えばクロルタリドンのスルホンアミド誘導体)に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠している可能性の婦人③肝障害④無尿・血液透析中⑤急性腎不全⑥体液中のナトリウム・カリウムが明らかに減少している者⑦アリスキレンフマル酸塩を投与中の糖尿病(ただし,他の降圧治療を行ってもなお血圧のコントロールが著しく不良の患者を除く)

(薬価基準収載日:平 28.11.18)

※(揭示事項等告示)当品目は新医薬品の処方日数制限対象外。

先リアルダ錠 1200mg 1,200mg1錠 212.00
(持田) 2399009F4024/622517001

2399i 潰瘍性大腸炎治療剤 メサラジン

適応 潰瘍性大腸炎(重症を除く)。

用法 1日1回2,400mg,食後経口投与。活動期には1日1回4,800mg,食後経口投与。状態により適宜減量。

注)1日4,800mgを投与する場合は開始8週間を目安に有効性を評価し,漫然と継続しない。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②サリチル酸塩類に過敏症の既往歴③重篤な腎障害④重篤な肝障害

(薬価基準収載日:平 28.11.18,投与:14日まで)

先リフキシマ錠 200mg 200mg1錠 201.90
(あすか製薬=武田) 6199001F1026/622517701

6199i 難吸収性リファマイシン系抗菌剤 リファキシミン

適応 肝性脳症における高アンモニア血症の改善。

用法 1回400mg,1日3回食後経口投与。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日:平 28.11.18,投与:14日まで)

外用薬

先ミケルナ配合点眼液 1mL 729.20
(大塚製薬) 1319823Q1026/622509901

1319J 緑内障・高眼圧症治療剤 カルテオロール塩酸塩・ラタノプロスト

適応 緑内障,高眼圧症。

用法 1日1回1滴,点眼。

禁忌 ①コントロール不十分な心不全,洞性徐脈,房室ブロック(II・III度),心原性ショック②気管支喘息,気管支痙攣またはそれらの既往歴,重篤な慢性閉塞性肺疾患③本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日:平 28.11.18)

※(揭示事項等告示)当品目は新医薬品の処方日数制限対象外。

注射薬

先イデルビオン静注用 250国際単位1瓶(溶解液付) 静 87,532
250 (CSL ベーリング) 6343448D1020/622526101
先 " 静注用 500国際単位1瓶(溶解液付) 静 173,231
500 6343448D2026/622526201
先 " 静注用 1,000国際単位1瓶(溶解液付) 静 342,833
1000 6343448D3022/622526301
先 " 静注用 2,000国際単位1瓶(溶解液付) 静 678,486
2000 6343448D4029/622526401

6343 遺伝子組換え血液凝固第IX因子アルブミン融合タンパク質製剤 アルブトレペノナコグ アルファ(遺伝子組換え)

適応 血液凝固第IX因子欠乏患者における出血傾向の抑制。

用法 添付溶解液全量で溶解。1回50国際単位/kg,緩徐に静注。状態により適宜増減。定期投与 35~50国際単位/kg,7日に1回投与。状態に応じ75国際単位/kg,14日に1回投与に変更可。いずれも投与量は適宜調節するが1回75国際単位/kgを超えない。

保険メモ 手術時における血液凝固第IX因子製剤の使用に当たっては,術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし,本剤を手術時に使用した場合にはその理由を摘要欄に記載する(平 28.11.17 保医発 1117 第4号)。

先エムプリシティ点滴静注用 300mg1瓶 劇 160,696
300mg (BMS) 4291434D1020/622514701
先 " 点滴静注用 400mg1瓶 劇 209,587
400mg 4291434D2027/622514801

4291 抗悪性腫瘍剤 エロツズマブ(遺伝子組換え)

適応 再発又は難治性の多発性骨髄腫。

用法 レナリドミド及びデキサメタゾンと併用。1回10mg/kg,点滴静注。28日間を1サイクルとし,最初の2サイクルは1週間間隔で4回(1,8,15,22日目),3サイクル以降は2週間間隔で2回(1,15日目),点滴静注。

注)①本剤投与時に現れることがある infusion reaction を軽減させるため,投与前に抗ヒスタミン剤(ジフェンヒドラミン等),H₂受容体拮抗剤(ラニチジン等),解熱鎮痛剤(アセトアミノフェン等)を投与。また,本剤と併用するデキサメタゾンは経口投与(28mgを本剤投与3~24時間前に投与)と静注(8mgを本剤投与45分前までに投与完了)に分割。②投与速度は0.5mL/分で開始し,忍容性が良好な場合は状態をみながら段階的に上げることができる。ただし2mL/分まで。③300mg製剤は13mL,400mg製剤は17mLの注射用水で溶解後,必要量を230mLの生理食塩液又は5%ブドウ糖注射液で希釈。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠している可能性の女性

(※次頁に続く)

※「薬効・薬価リスト」追補の無断複製・転載を禁じます

薬効・薬価リスト平成28年版 追補
(平成28年11月17日告示・18日適用)

先	シグニフォーLAR筋注用 キット 20mg (ノバルティス)	20mg1キット(溶解液付) 劇	184, 876	2499417G1023/622523601
先	〃 LAR筋注用 キット 40mg	40mg1キット(溶解液付) 劇	331, 728	2499417G2020/622523701
先	〃 LAR筋注用 キット 60mg	60mg1キット(溶解液付) 劇	466, 987	2499417G3026/622523801

2499i 持続性ソマトスタチンアナログマイクロスフェア型徐放性製剤 パシレオチドパモ酸塩

適応 次の疾患における成長ホルモン、IGF-I (ソマトメジン-C) 分泌過剰状態及び諸症状の改善/先端巨大症・下垂体性巨人症 (外科的処置で効果不十分な場合又は施行が困難な場合)。

用法 40mgを4週ごとに3ヶ月間、臀部筋注。その後病態に応じ20mg,40mg又は60mgを4週ごとに投与。

注) 中等度の肝機能障害患者 (Child-Pugh分類B): 20mgを4週ごとに3ヶ月間、臀部筋注。その後病態に応じ20mg又は40mgを4週ごとに投与。

保険料 本製剤は在宅自己注射指導管理料の厚生労働大臣が定める注射薬の成分であるソマトスタチンアナログに該当するが、専用分散液に用時懸濁して用いる製剤であり、また、用法が臀部筋注するものであること等から、在宅自己注射指導管理料は算定不可 (平28.11.17保医発1117第4号)。

禁忌 ①本剤 (成分) に過敏症の既往歴②重度 (Child-Pugh分類クラスC) の肝機能障害

先	トルツ皮下注 80mg シリンジ (リリー)	80mg1mL1筒 劇	146, 244	3999442G1023/622508201
先	〃 皮下注 80mg オートインジェクター	80mg1mL1キット 劇	146, 244	3999442G2020/622508101

3999i ヒト化抗ヒト IL-17A モノクローナル抗体製剤 イキセキズマブ (遺伝子組換え)

適応 既存治療で効果不十分な次の疾患/尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症。

用法 初回160mg,皮下注。2~12週後までは1回80mg,2週間隔で皮下注。以降,1回80mgを4週間隔で皮下注。

禁忌 ①重篤な感染症②活動性結核③本剤 (成分) に過敏症の既往歴

先	プリズバインド静注液 2.5g (日本ベーリンガー)	2.5g50mL1瓶	199, 924	3399412A1027/622510301
---	-------------------------------	------------	----------	------------------------

3399i ダビガトラン特異的中和剤 イダルシズマブ (遺伝子組換え)

適応 次の状況におけるダビガトランの抗凝固作用の中和/生命を脅かす出血又は止血困難な出血の発現時,重大な出血が予想される緊急を要する手術又は処置の施行時。

注) 本剤はダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩の最終投与からの経過時間,患者背景等から,ダビガトランによる抗凝固作用が発現している期間であることが推定される患者にのみ使用。

用法 1回5g (2瓶) を点滴静注又は急速静注。点滴静注の場合,1瓶につき5~10分かけて投与。

禁忌 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

先	リクラスト点滴静注液 5mg (旭化成ファーマ)	5mg100mL1瓶 劇	39, 485	3999423A4027/622518601
---	-----------------------------	--------------	---------	------------------------

3999i 骨粗鬆症治療剤 ゼレドロン酸水和物

適応 骨粗鬆症。

用法 1年に1回5mg,15分以上かけて点滴静注。

禁忌 ①本剤 (成分) ・他のビスホスホネート製剤に過敏症の既往歴②重度の腎障害 (クレアチニンクリアランス35mL/min未満) ③脱水状態 (高熱,高度な下痢,嘔吐等) ④低カルシウム血症⑤妊婦・妊娠している可能性の婦人

歯科用薬剤

先	リグロス歯科用液キット 600µg (科研)	600µg1キット	20, 670. 90	2790823U1026/628311401
先	〃 歯科用液キット 1200µg	1,200µg1キット	27, 802. 90	2790823U2022/628311501

2790e 歯周組織再生剤 トラフェルミン (遺伝子組換え)

適応 歯周炎による歯槽骨の欠損。

注) 歯周ポケットの深さが4mm以上,骨欠損の深さが3mm以上の垂直性骨欠損がある場合に使用。

用法 歯肉剥離掻爬手術時に歯槽骨欠損部を満たす量を塗布。

禁忌 ①本剤 (成分) に過敏症の既往歴②口腔内に悪性腫瘍のある者・その既往歴